

Madame XXXXXX

Toulon, le XX/XX/XXXX

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION

Madame,

Je vous ai apporté, au cours d'une ou plusieurs consultations, des explications portant sur plusieurs points. Seul votre avis sur cette information reçue peut me permettre de l'adapter au mieux à votre attente. Je vous remercie donc de bien vouloir me préciser votre degré de satisfaction sur les points suivants, en utilisant les notations ci-dessous :

0 = très insatisfait - aucune information reçue

1 = insatisfait - information insuffisante

2 = assez satisfait - information suffisante

3 = satisfait - information complète

4 = très satisfait - information très complète

	0	1	2	3	4
1) Accueil par mon secrétariat	<input type="checkbox"/>				
2) Durée d'attente dans ma salle d'attente	<input type="checkbox"/>				
3) Conditions de confort d'attente dans ma salle d'attente	<input type="checkbox"/>				
4) Accueil par moi-même dans mon cabinet ou la salle de soins	<input type="checkbox"/>				
5) Information sur la pathologie dont vous souffrez	<input type="checkbox"/>				
6) Information sur l'évolution spontanée, en l'absence de traitement	<input type="checkbox"/>				
7) Information sur les différentes possibilités de traitement	<input type="checkbox"/>				
8) Information sur le traitement que je vous ai proposé	<input type="checkbox"/>				
<i>Si une intervention chirurgicale a été prévue:</i>					
9) Information sur les conditions de l'hospitalisation prévue	<input type="checkbox"/>				
10) Information sur l'intervention chirurgicale (technique, prothèse, etc.)	<input type="checkbox"/>				
11) Information sur le risque de complications	<input type="checkbox"/>				
12) Information sur les résultats à espérer	<input type="checkbox"/>				

Si vous avez coché la case 0, ou 1, ou 2, aux questions 5, 6, 7, 8, 10, 11 ou 12, il est préférable que nous nous rencontrions de nouveau, pour que je puisse vous apporter les informations qui vous manquent. Merci de prendre contact avec mon secrétariat qui vous donnera un rendez-vous dans les meilleurs délais. Autrement merci de remettre à mon secrétariat ou à moi-même ce questionnaire dûment rempli.

Je vous prie de croire, Madame, en l'expression de mes sentiments dévoués.

Docteur SESSA

CLINIQUE SAINT-MICHEL

DÉPARTEMENT D'ORTHOPÉDIE, TRAUMATOLOGIE ET CHIRURGIE VERTÉBRALE
PLACE DU 4 SEPTEMBRE – 83100 TOULON - ☎04 98 00 18 54 - ☎04 98 00 09 23

E-mail : docteur.sessa@wanadoo.fr

S.E.L.A.R.L. au Capital de 7622,45 € - 431 371 814 R.C.S. Toulon